

V. KẾT LUẬN

Phác đồ điều trị ADT kết hợp docetaxel là một sự lựa chọn điều trị bệnh nhân UTTTL giai đoạn mHSPC đạt được hiệu quả điều trị và dung nạp tốt. Việc theo dõi định kỳ chỉ số PSA giúp đánh giá đáp ứng điều trị và tiên lượng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74:229–263
2. Fizazi K, Foulon S, Carles J et al. Abiraterone plus prednisone added to androgen deprivation therapy and docetaxel in de novo metastatic castration-sensitive prostate cancer (PEACE-1): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 study with a 2 × 2 factorial design. *Lancet.* 2022 Apr 30;399(10336):1695–1707.
3. Park K, Kim IY, Park I et al. Effectiveness of Adding Docetaxel to Androgen Deprivation Therapy for Metastatic Hormone-Sensitive Prostate Cancer in Korean Real-World Practice. *Yonsei Med J.* 2023 Feb;64(2):86–93.
4. James N.D., Sydes M.R., Clarke N.W. Addition of docetaxel, zoledronic acid, or both to first-line long-term hormone therapy in prostate cancer (STAMPEDE): survival results from an adaptive, multiarm, multistage, platform randomised controlled trial. *Lancet* (London, England) 2016;387:1163–1177.
5. Lendorf ME, Peter Meidahl Petersen, Andrea Steen Svendsen et al. Effectiveness of Docetaxel for Metastatic Hormone-sensitive Prostate Cancer in Clinical Practice. *Eur Urol Open Sci.* 2021 Feb; 24: 25–33.
6. Sweeney CJ, Chen Y-H, Carducci M, Liu G, Jarrard DF, Eisenberger M. Chemohormonal therapy in metastatic hormone-sensitive prostate cancer. *N Engl J Med.* 2015;373(8):737–746.
7. Whi-An Kwon, Jae Young Joung, Jung Eun Lee et al. Use of docetaxel plus androgen deprivation therapy for metastatic hormone-sensitive prostate cancer in Korean patients: A retrospective study. *Investig Clin Urol.* 2019 May; 60(3): 195–201.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM KHỐI U GAN LÀNH TÍNH ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT CẮT GAN

Nguyễn Hoàng¹, Nguyễn Văn Việt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm một số loại u gan lành tính thường gặp được điều trị bằng phẫu thuật cắt gan tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả hồi cứu 86 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan do u gan lành tính tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** Ba loại u gặp trong nghiên cứu là: u máu, FNH (Focal nodular hyperplasia), adenoma với tỷ lệ lần lượt là 68,6%, 20,9%, 10,5%. Nữ/nam là 2,4/1, tuổi trung bình là 40,7 ± 12,6 tuổi (10 tuổi – 70 tuổi). Lý do vào viện chủ yếu là đau bụng (70,9%). Kích thước trung bình là 7,6 ± 2,7cm, nhỏ nhất là 2,7cm, lớn nhất là 15cm. Các khối u chủ yếu có kích thước lớn từ 4 đến 10cm (73,3%). Các khối u có thể nằm ở 1 hạ phân thùy (HPT) hoặc nhiều HPT khác nhau, vị trí u hay gặp nhất là phân thùy bên. Phẫu thuật nội soi thường được dùng đối với các khối u ở vị trí hạ phân thùy II, III, IV, V, VI. **Kết luận:** Khối u gan lành tính hay gặp ở nữ giới và có thể nằm ở mọi vị trí của gan với các kích thước khác nhau. U máu là loại u gan lành tính hay gặp nhất. Vị trí, kích thước và bản chất khối u là những yếu tố quan trọng để lựa

chọn phương án điều trị phẫu thuật.

Từ khóa: U gan lành tính, cắt gan, u máu, u tuyến gan, nội soi

SUMMARY

EVALUATE OF FEATURES BENIGN LIVER TUMORS TREATED BY LIVER RESECTION

Objective: Describe the characteristics of some common benign liver tumors treated by liver resection surgery at Viet Duc Hospital. **Subject and Method:** A retrospective description of 86 patients who underwent liver resection surgery for benign liver tumors at Viet Duc Hospital from January 2018 to December 2022. **Results:** Three types of tumors found in the study were: hemangioma, FNH and adenoma, with respective rates of 68,6%; 20,9%; and 10,5%. The female/male ratio was 2,4/1; and the average age was 40,7 ± 12,6 years (ranging from 10 to 70 years). The main reason for hospitalization was abdominal pain (70,9%). The average tumor size was 7,6 ± 2,7 cm, with the smallest being 2,7 cm and the largest being 15 cm. Most tumors were large, ranging from 4 to 10 cm (73,3%). The tumors were located in one or multiple liver segments, with the most common location being the lateral segment. Laparoscopic surgery was often used for tumors located in segments II, III, IV, V, and VI. **Conclusion:** Benign liver tumors are more commonly found in women and can occur in any location of the liver with varying sizes. Hemangioma is the most common type of benign liver tumor. The location, size, and nature of the tumor are important factors in choosing the

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025

appropriate surgical treatment approach.

Keywords: Benign liver tumors, hepatectomy, hemangioma, liver adenoma, endoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U gan lành tính được hình thành từ các tế bào bình thường của gan, xuất phát từ tế bào biểu mô, không biểu mô và thường tăng trưởng chậm. Hay gặp nhất trên lâm sàng là u máu gan, ngoài ra còn có FNH, Adenoma, u cơ mỡ mạch...¹ Hầu hết các u gan lành tính là những khối u đơn độc, không gây triệu chứng trừ khi khối u lớn có biểu hiện chèn ép các tổ chức xung quanh và hầu hết các loại u này được phát hiện tình cờ. Việc chẩn đoán chủ yếu dựa vào các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, trong đó có cộng hưởng từ, với cộng hưởng từ có thể chẩn đoán chính xác lên đến 90-92% đối với các khối u máu và 70-90% đối với các khối FNH. Việc điều trị phẫu thuật đối với các khối u gan lành tính thường chỉ được đặt ra với những trường hợp có triệu chứng lâm sàng, khối u to nhanh về kích thước hoặc nghi ngờ có nguy cơ ung thư hóa, ngoại trừ với khối u Adenoma là được chỉ định mổ rộng rãi hơn.^{2,3} Các phương pháp điều trị được lựa chọn thường là các phương pháp gần như không có tỉ lệ tử vong, biến chứng sau mổ thấp và không phải truyền máu trong đó có phẫu thuật nội soi. Tại Việt Nam, có nhiều nghiên cứu về phẫu thuật điều trị u gan lành tính. Tuy nhiên để nhận xét đặc điểm khối u gan lành tính được điều trị bằng phẫu thuật cắt gan, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mô tả đặc điểm một số loại u gan lành tính được điều trị phẫu thuật tại BV Hữu Nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** bệnh nhân được chẩn đoán u gan lành tính, được phẫu thuật cắt gan điều trị u gan tại bệnh viện Việt Đức, có kết quả giải phẫu bệnh là u gan lành tính (U máu, FNH, Adenoma, u cơ mỡ mạch).

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** cắt gan kèm phẫu thuật các bệnh lý khác trong ổ bụng (phần phụ, tá tràng...), không đáp ứng được các tiêu chuẩn ở trên.

- Thời gian và địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Phương pháp chọn mẫu thuận tiện: Lựa chọn tất cả bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian nghiên cứu (từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2022) có 86 bệnh nhân đáp ứng đủ các tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm chung

Có 3 loại u gan lành tính gặp trong nghiên cứu là: u máu, tăng sản nốt khu trú (FNH) và u tuyến tế bào gan (adenoma). Độ tuổi trung bình là $40,7 \pm 12,6$ tuổi (thấp nhất là 10 tuổi, cao nhất là 70 tuổi). Nữ hay gặp hơn với tỷ lệ nữ/nam: 2,4/1.

Bảng 1: Môi liên quan giữa u gan và giới tính (n=86)

Giới	GPB		U máu		Adenoma		FNH	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Nam	13	22,0	4	50,0	8	42,1		
Nữ	46	78,0	4	50,0	11	57,9		
Tổng	59	100	8	100	19	100		
%(n=86)	68,6		9,3		22,1			

Nhận xét: Trong số các trường hợp được nghiên cứu, u máu gan là hay gặp nhất với tỷ lệ 68,6%, tiếp theo là FNH với 22,1% và Adenoma với 9,3%. Đa số trường hợp u máu gan gặp ở nữ với tỷ lệ 78%, FNH cũng hay gặp ở nữ hơn, trong khi đó Adenoma gặp ở cả nam và nữ với tỷ lệ tương đương nhau.

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng (n=86)

Triệu chứng	Tần suất	%
Không triệu chứng	24	27,91
Đau bụng	60	69,77
Tự sờ thấy khối u	1	1,16
Sốc mất máu do u vỡ	1	1,16

Nhận xét: triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng chiếm 69,77%, 1 bệnh nhân sờ thấy khối u, 1 bệnh nhân vào viện cấp cứu vì sốc mất máu do khối u gan vỡ, có 27,91% bệnh nhân không triệu chứng.

3.2. Vị trí và kích thước khối u

Bảng 3: Vị trí u và phương pháp phẫu thuật (PPPT)

Vị trí u	PPPT			Tổng	
	Mổ mở	Nội soi	Nội soi chuyển mổ mở	N	%
HPT 1	5	0	0	5	5,8
HPT 2	0	6	0	6	7,0
HPT 3	0	2	0	2	2,3
HPT 4	0	2	0	2	2,3
HPT 5	1	2	1	4	4,7
HPT 6	5	2	1	8	9,3
HPT 7	4	0	0	4	4,7
HPT 8	3	0	0	3	3,5
Phân thủy bên (PTB)	6	11	2	19	22,1
Phân thủy trước (PTT)	2	0	0	2	2,3

Phân thủy sau (PTS)	8	0	0	8	9,3
Hạ phân thủy 4+7	1	0	0	1	1,2
Hạ phân thủy 4+8	1	0	0	1	1,2
Hạ phân thủy 5+6	4	2	0	6	7,0
Hạ phân thủy 7+8	7	0	0	7	8,1
PTB + PTS	1	0	0	1	1,2
Gan phải	7	0	0	7	8,1

Tổng	N	55	27	4	86	100
	%	64	31,4	4,6	100	

Nhận xét: Vị trí u hay gặp nhất là phân thủy bên với 27 trường hợp (8 trường hợp ở 1 HPT; 19 trường hợp ở cả 2 HPT II, III). Chỉ định mổ nội soi được chỉ định ở 31 bệnh nhân (36%), 55 bệnh nhân (64%) được chỉ định mổ mở từ đầu.

Bảng 4: Kích thước khối u trên CLVT (n=86)

Kích thước khối u (cm)	U máu (n=59)		FNH (n=19)		Adenoma (n=8)		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
≤4	1	1,7	4	21,1	2	25	7	8,1
4 < u < 10	45	76,3	15	78,9	3	37,5	63	73,3
10 ≤ u	13	22	0	0	3	37,5	16	18,6
Trung bình	8,3 ± 2,5		5,6 ± 1,7		7,3 ± 3,7		7,6 ± 2,7	
Min-Max	3,9 - 15		2,7 - 9,6		3,3 - 12,1		2,7 - 15	

Nhận xét: Đa số trường hợp khối u có kích thước lớn từ 4-10cm (chiếm 73,3%), có 16 trường hợp có kích thước u khổng lồ từ 10cm trở lên (18,6%).

Bảng 5: Kích thước u và phương pháp phẫu thuật (n=86)

Kích thước khối u (cm)	PPPT	Mổ mở (n=55)	Nội soi (n=27)	Nội soi chuyển mổ mở (n=4)	Tổng	
					N=86	%
Trung bình		8,6 ± 2,7	5,9 ± 1,6		7,6 ± 2,7	
Min-max		3 - 15	2,7 - 9,3		2,7 - 15	
U ≤ 4		3	4	0	7	8,1
4 < u < 10		38	23	4	65	75,6
10 ≤ u		14	0	0	14	16,3
Tổng	N=86	55	27	4	86	100
	%	64,0	31,4	4,6	100	

Nhận xét: Kích thước khối u trung bình là 7,6 ± 2,7cm (nhỏ nhất là 2,7cm, lớn nhất là 15cm). Ở nhóm bệnh nhân mổ nội soi, kích thước khối u trung bình là 5,9 ± 1,6cm (nhỏ nhất là 2,7cm, lớn nhất là 9,3cm). Ở nhóm mổ mở, kích thước u trung bình là 8,6 ± 2,7cm (nhỏ nhất là 3cm, lớn nhất là 15cm).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Trong tổng số 86 bệnh nhân nghiên cứu, số bệnh nhân nữ chiếm nhiều hơn với tỷ lệ 2,4/1. Độ tuổi trung bình là 40,7 ± 12,6 trong đó thấp nhất là 10 tuổi, cao nhất là 70 tuổi. U gan lành tính có thể gặp ở bất kỳ độ tuổi nào, thậm chí là trong bào thai. Trong một thống kê trên 93.562 thai nhi của 92.126 phụ nữ, Jiao Ling (2018) đã công bố có 6 thai nhi có khối u máu gan lớn (tỷ lệ mắc 0,64/10.000)⁴. Loại u hay gặp nhất là u máu hay chiếm 68,6%, tiếp theo là FNH với 22,1% và Adenoma với 9,3%. Các khối u gan lành tính thường gặp ở nữ giới hơn, đặc biệt với u máu tỷ lệ nữ mắc phải loại u này cao hơn hẳn so với nam giới, chiếm tỷ lệ 78% u máu trong nghiên cứu, nhiều tác giả cho rằng có sự ảnh hưởng của hormon sinh dục nữ (cả nội sinh và ngoại sinh) đến sự phát triển của khối u⁵.

Tuy nhiên, cũng có nghiên cứu cho rằng hormon sinh dục nữ không ảnh hưởng tới sự phát triển của u máu và FNH bằng chứng là u máu gan và FNH âm tính với thụ thể estrogen và progesterone^{6,7}. Trong nghiên cứu của Efanov gồm 114 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan từ năm 2014 có tỉ lệ bệnh nhân nữ chiếm 83% và nam giới là 17%, tuổi nhỏ nhất là 23 tuổi và lớn nhất là 76 tuổi. Tỉ lệ mổ nội soi chiếm 92%, trong tổng số 114 bệnh nhân có 63 bệnh nhân là u máu, 20 bệnh nhân khối u là adenoma, 17 bệnh nhân là FNH và 16 bệnh nhân còn lại là cystadenoma.¹⁰ Về triệu chứng lâm sàng, triệu chứng đau bụng là gặp nhiều nhất với 69,7%, không có triệu chứng lâm sàng chiếm tỉ lệ 27,9%, có 1 trường hợp vào viện trong tình trạng sốc mất máu do u gan vỡ.

4.2. Kích thước, vị trí khối u và cách thức mổ. Kích thước khối u của 86 bệnh nhân nghiên cứu trung bình là 7,6 ± 2,7cm (nhỏ nhất là 2,7cm, lớn nhất là 15cm). Nhóm u máu gan có kích thước trung bình là 8,3 ± 2,5cm, lớn nhất là 15cm, nhỏ nhất là 3,9cm, chủ yếu là u gan lớn (4 < u < 10cm) chiếm 76,3%, có 16 trường hợp có kích thước u khổng lồ từ 10cm trở lên (22%). Chỉ có 1 bệnh nhân có khối u máu nhỏ hơn 4cm. Tác giả Nguyễn Khắc Đức (2021) nghiên cứu

trên 69 bệnh nhân u máu gan được phẫu thuật cho thấy kích thước trung bình là $8,2 \pm 3$ cm (nhỏ nhất là 3,2cm, lớn nhất là 18cm)⁸. Theo Efanov chỉ định mổ thường được chỉ định trong trường hợp khối u có kích thước trên 10 cm, phát triển tăng về kích thước, có triệu chứng lâm sàng hoặc nghi ngờ ung thư.¹⁰ Nghiên cứu của Đoàn Ngọc Giao (2006) cho kết quả này là $7,9 \pm 4$ cm, nhỏ nhất là 4,3cm, lớn nhất là 27cm.³ Các kết quả này tương tự nghiên cứu của chúng tôi.

Nhóm FNH có kích thước trung bình là $5,6 \pm 1,7$ cm, nhỏ nhất là 2,7cm, lớn nhất là 9,6cm, tập trung chủ yếu trong khoảng từ 4-10cm, không có khối u nào vượt quá 10cm. Adenoma có kích thước trung bình là $7,3 \pm 3,7$ cm, nhỏ nhất là 3,3cm, lớn nhất là 12,1cm. Ở nhóm mỡ mỡ, kích thước u trung bình là $8,6 \pm 2,7$ cm (nhỏ nhất là 3cm, lớn nhất là 15cm). Ở nhóm bệnh nhân chỉ định mổ nội soi: kích thước khối u trung bình là $5,9 \pm 1,6$ cm (nhỏ nhất là 2,7cm, lớn nhất là 9,3cm). Trong nghiên cứu của Paulo Herman gồm 100 trường hợp u gan lành tính được phẫu thuật nội soi thấy u nang tuyến chế nhầy của đường mật, u cơ mỡ mạch của gan, khối u FNH và u máu có kích thước trung bình lần lượt là 7.0, 7.8, 7.9, 5.8 và 7.6 cm.

Chúng tôi gặp u ở tất cả các hạ phân thùy của gan và phân thùy bên là vị trí hay gặp nhất với 27/86 trường hợp. Trong nghiên cứu của tôi có chỉ định mổ nội soi ở 31 bệnh nhân (36%) chủ yếu với các khối u nằm ở PTB, HPT IV, V, VI, trong số này có 4 bệnh nhân phải chuyển mổ mở, có 55 bệnh nhân (64%) được chỉ định mổ mở từ đầu. Phần lớn các bệnh nhân u gan lành tính không có triệu chứng, được phát hiện tình cờ qua siêu âm hoặc khám bệnh vì tổn thương cơ quan khác, chỉ cần theo dõi định kỳ và không cần điều trị gì. Tuy nhiên, có khoảng 15% các trường hợp u gan lành tính gây triệu chứng, tăng kích thước nhanh hoặc nguy cơ thoái hóa ác tính cần chỉ định điều trị³. Theo phân loại gần đây Adenoma được chia làm 4 dưới nhóm và thường được chỉ định mổ với những khối u có kích thước trên 5cm do nguy cơ ác tính đối với Adenoma khoảng 5-8% và tỉ lệ vỡ khối u, chảy máu khoảng 21-29% tùy từng thông báo và tỉ lệ ung thư hóa ở nam thường cao gấp 10 lần nữ do đó chỉ định mổ ở nam giới với khối u Adenoma có kích thước nhỏ hơn so với nữ giới. Trong nghiên cứu của Paulo Herman có 14 trường hợp u nang tuyến đường mật thì tất cả các trường hợp này khối u đều nằm ở gan trái. Khối u FNH rất hiếm khi được chỉ định phẫu thuật vì hầu hết không gây ra triệu chứng và không có nguy cơ vỡ hoặc ung thư hóa do đó chỉ chỉ định mổ với khối u

FNH khi khối u có kích thước lớn, nằm bên gan trái, phát triển nhanh về kích thước và gây chèn ép dạ dày. Với khối u máu thường chỉ định mổ khi bệnh nhân có triệu chứng mà dùng thuốc giảm đau không đỡ, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân hoặc bệnh nhân có hội chứng Kasabach-Merit hoặc khối u máu có kích thước lớn nằm bên gan trái gây chèn ép dạ dày. Đối với khối u cơ mỡ mạch tại gan thường được chỉ định mổ khi có nguy cơ ung thư hóa.¹¹

Theo Hội Gan mật Châu Âu 2016, Adenoma (u tuyến gan) là khối u có nguy cơ biến đổi ác tính cao hơn các loại còn lại nên cần có thái độ tích cực trong việc điều trị. Chỉ định mổ bệnh nhân có khối u tuyến gan là: nam giới (bất kể kích thước), nữ giới có khối u kích thước >5cm hoặc tăng kích thước trên 20% đường kính sau 6 tháng thay đổi lối sống. Các khối u khác chỉ định phẫu thuật được cân nhắc khi khối u gây triệu chứng, biến chứng, nghi ngờ ác tính⁹. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ định phẫu thuật chủ yếu là khối u có triệu chứng (đau bụng) chiếm 69,77%. Như vậy, chỉ định mổ cần cân nhắc trên từng bệnh nhân, xu hướng hiện nay là cá thể hóa điều trị. Có hai cách thức phẫu thuật thường áp dụng trong phẫu thuật u gan lành tính là mổ mở và mổ nội soi, trong đó việc lựa chọn cách thức nào thì cần phải dựa vào vị trí u, kích thước u, kinh nghiệm của bác sĩ phẫu thuật. Các HPT II, III, IV, V, VI được cho là "hạ phân thùy nội soi" vì vị trí dễ tiếp cận, kích thước u không quá lớn cũng là chỉ định tốt cho phẫu thuật nội soi.

V. KẾT LUẬN

Khối u gan lành tính hay gặp ở nữ giới và có thể nằm ở mọi vị trí của gan với các kích thước khác nhau. U máu là loại u gan lành tính hay gặp nhất. Vị trí, kích thước và bản chất khối u là những yếu tố quan trọng để lựa chọn phương án điều trị phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gergely Nagy, Katalin Dezso, Gergely Kiss, et al.** Begin liver tumours - current diagnostics and therapeutic modalities. *Magy Onkol.* 2018 Mar 23; 62 (1): 5 - 13.
2. **Trịnh Hồng Sơn, Phạm Hoàng Hà.** Chẩn đoán và điều trị u cơ mỡ mạch của gan, báo cáo nhân một trường hợp. *Y học thực hành.* 2008; 2: 39-42.
3. **Đoàn Thanh Tùng, Đoàn Ngọc Giao.** U máu gan, chẩn đoán, chỉ định phẫu thuật và kết quả điều trị. *Y học Việt Nam.* 2006; 3(320): 9 - 17.
4. **Jiao-Ling L, Xiu-Ping G, Kun-Shan C. et al.** Huge fetal hepatic Hemangioma: prenatal diagnosis on ultrasound and prognosis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):2. Published 2018 Jan 2.

5. **Marrero, Jorge A MD1, Ahn, et al.** FACG3 on behalf of the Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. ACG Clinical Guideline: The Diagnosis and Management of Focal Liver Lesions. American Journal of Gastroenterology. 2014; 109(9): 1328-1347.
6. **Kim GE, Thunq SN, Tsui WM, et al.** Hepatic brus hemanqioma: underrecoagnized associated histologic features. Liver Int. 2006;26(3):334-338.
7. **Kubota T, Shimizu K, Sonovama T, et al.** Enlarged focal nodular hyperplasia of the liver under the influence of oral contraceptives. Hepatogastroenterology. 2001; 48(42):1736-1739.
8. **Nguyễn Mạnh Hùng, Nguyễn Khắc Đức.** Kết quả điều trị phẫu thuật bệnh u máu gan tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Tạp chí y học Việt Nam. 2021: 508 - 11 -2.
9. **European Association for the Study of the Liver (EASL).** EASL Clinical Practice Guidelines on the management of benign liver tumours. J Hepatol. 2016;65(2):386-398.
10. **Efanov M, Alikhanov R, Vankovich A, et al.** Results of Minimally Invasive Liver Resection for Benign Tumors. HPB. 2021;23:S856. doi:10.1016/j.hpb.2021.08.389

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG GÂY XƯƠNG CHÍNH MŨI TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Nguyễn Triều Việt¹, Trần Hà Việt Thắng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy xương chính mũi (XCM) là một chấn thương vùng mặt thường gặp, phần lớn do tai nạn giao thông. Chẩn đoán và can thiệp sớm giúp bệnh nhân phục hồi nhanh chóng và tránh được các biến chứng lâu dài. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị chấn thương gãy xương chính mũi tại Thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân bị chấn thương mũi đến khám và nhập viện điều trị tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 11/2023 đến tháng 11/2024. **Kết quả:** Trong tổng số 62 bệnh nhân có 47 nam và 15 nữ, tuổi trung bình là $36,5 \pm 16,5$, nhóm dân số ở thành thị cao gấp 2 lần nông thôn. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là đau nhức mũi 91,9% và chảy máu mũi 80,6%. Ấn đau chói tại ổ gãy chiếm 72,6% là triệu chứng thực thể thường gặp nhất. Trên phim X quang có 83,8% hình ảnh di lệch, trên phim cắt lớp vi tính mũi xoang, loại IIA chiếm tỷ lệ cao nhất 54,3%. **Kết luận:** Nắn kín XCM vẫn là phương pháp được sử dụng chủ yếu trong các trường hợp chấn thương mũi, can thiệp sớm mang lại hiệu quả điều trị cao.

Từ khóa: gãy xương chính mũi, nắn kín.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF TREATMENT OF NASAL BONE FRACTURES AT CAN THO CITY

Background: Nasal bone fractures are a common injury, a large part of traffic accidents. Early diagnosis and treatment can help patients recover quickly and avoid long-term complications.

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Triều Việt

Email: ntviet@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025

Objective: Determine the characteristics of ready and paraclinical disease prevention and evaluate the results of treatment of major nasal bone injuries at Can Tho City. **Materials and methods:** 62 patients with nose injuries came for medical examination and hospital treatment at the Department of Otorhinolaryngology, Can Tho City General Hospital and Can Tho University Hospital of Medicine and Pharmacy from November 2023 to November 2024. **Results:** In a total of 62 patients, there were 47 men and 15 women, the average age was 36.5 ± 16.5 , the urban population was 2 times higher than the rural population. The most common symptoms are nose pain 91.9% and epistaxis 80.6%. Sharp pain at the fracture site accounts for 70.3% and is the most common signs. On X-ray, 83.8% of images are misaligned. On sinus computed tomography, type IIA uses the highest rate of 54.6%. Patients is closed reduction with anesthesia using 81.1%. **Conclusion:** Closed reduction is still the method mainly used in cases of nasal trauma, and may not bring high treatment effectiveness early. **Keywords:** nasal bone fractures, closed reduction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mũi là cơ quan cảm giác và hô hấp đóng vai trò quan trọng trong việc bảo vệ cơ thể khỏi môi trường về mặt vật lý và miễn dịch. Mũi cũng có tác dụng tạo ra lời nói và là đơn vị chính của vẻ đẹp ở trung tâm khuôn mặt và tạo nên sự kết hợp và phối hợp của các bộ phận khác trên khuôn mặt như lông mày, má, trán và môi. [2]. Mũi dễ bị tổn thương bởi nhiều loại chấn thương vì nó nằm ở đường giữa của khuôn mặt và ở

phía trước các cấu trúc quan trọng trên khuôn mặt, và do cấu trúc mỏng manh và dễ vỡ của nó. Gãy xương mũi được định nghĩa là bất kỳ vết nứt hoặc gãy xương nào ở phần xương của mũi; chúng là loại gãy xương

phổ biến nhất ở khuôn mặt và là loại gãy xương phổ biến thứ ba của hệ thống xương